



FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE GROUPE

Faites parvenir ce formulaire dûment rempli au CRAAQ

CRAAQ - Service à la clientèle
 Édifice Delta 1, 2875, boulevard Laurier, 9^e étage, Québec (Québec) G1V 2M2
 Télécopieur : 418 644-5944
 Courriel : client@craaq.qc.ca

SECTION A : INSCRIPTION (Vous référer au formulaire d'inscription en ligne ou individuel pour les montants d'inscription)

Coût total : _____ personnes X _____ \$ (tarif individuel) X 1,14975 (TPS & TVQ) = _____ \$
 Coût total : _____ personnes X _____ \$ (tarif individuel) X 1,14975 (TPS & TVQ) = _____ \$
 Coût total : _____ personnes X _____ \$ (tarif individuel) X 1,14975 (TPS & TVQ) = _____ \$
 Total : _____ \$

SECTION B : LISTE DES PARTICIPANTS*

| | | |
|--|--------|----------|
| Section régionale : | | |
| Indiquer le numéro de membre pour chaque personne si membre de l'OAQ, et toute allergie alimentaire. | | |
| Nom | Prénom | Courriel |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

*Si plus de 5 personnes, annexez une feuille supplémentaire.

**En vous référant au [programme du Congrès](#), svp, indiquez vos choix d'ateliers pour le jeudi et vendredi (ex. Bloc A) de même que votre présence au(x) cocktail(s).

Les inscriptions seront enregistrées à la réception du formulaire dûment rempli.

Aucune inscription par téléphone ou par courriel ne sera acceptée.

AUCUN remboursement ne sera effectué. Si vous êtes inscrit et que vous ne pouvez pas vous présenter à l'évènement, vous devez contacter le service à la clientèle du CRAAQ.

Frais d'inscription

Les frais sont indiqués en dollars canadiens. Les taxes applicables sont en sus.

SECTION C : MODE DE PAIEMENT

Personne responsable :

Nom : _____

Organisation : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Coordonnées pour la facturation
 (si différentes de celles de la personne responsable)

Nom : _____

Organisation : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Chèque à l'ordre du CRAAQ, daté du jour de l'envoi

À facturer Visa / MasterCard

N° de la carte : _____

Date d'expiration : _____ CVV _____

Nom du détenteur : _____

Signature du détenteur : _____